

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N^o 445

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Aristide BLACHER

Né à Pont d'Ouilly, le 1^{er} Avril 1883,

APPENDICITE CHRONIQUE

FORME ATROPHIQUE

Président : M. SEGOND, Professeur.

PARIS

J O U V E E T C^{ie}

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1910

445

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Aristide BLACHER

Né à Pont d'Ouilly, le 1^{er} Avril 1883.

APPENDICITE CHRONIQUE

FORME ATROPHIQUE



Président : M. SEGOND, Professeur.

PARIS

J O U V E E T C^{ie}

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN.....	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Paratologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.....	{ ROGER
	{ HAYEM
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RAYMOND
	{ DELBET
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARAN
	{ BAR
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de vive affection
et de profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MES COUSINES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE
L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIDON
Directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie de Caen
Professeur d'Anatomie

*En témoignage de ma vive reconnaissance pour son
savant enseignement et l'intérêt qu'il m'a témoigné
pendant mon année de prosectorat*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUVRAY
Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie de Caen
Vice-recteur de l'Académie de Caen

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé
Chirurgien de l'hôpital Cochin

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la légion d'honneur

APPENDICITE CHRONIQUE

FORME ATROPHIQUE

AVANT-PROPOS

La thèse que nous présentons aujourd'hui, nous a été inspirée par M. le Docteur Schwartz dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève. Qu'il nous soit permis dès le début, de le remercier de l'aide qu'il nous a apportée pour l'élaboration de ce travail et des observations qu'il a bien voulu nous communiquer ou nous a permis de prendre dans son service.

Nous tenons aussi avant d'aborder ce sujet, à adresser nos remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres à l'Ecole de Médecine de Caen. Que MM. les Docteurs Auvray, Gidon, Guillet, Catois, Gosselin, P. Léger et Leroux, qui dirigèrent le début de nos études, reçoivent ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également nos maîtres dans les Hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Debove et Raymond, dont nous avons eu la bonne fortune de suivre les précieuses leçons. Nous n'oublierons pas non plus M. le professeur agrégé Lepage, que nous tenons à remercier de sa bienveillance à notre égard.

et de son savant enseignement, pendant notre stage d'accouchement à la maternité de Boucicaut.

Nous sommes aussi très reconnaissants à M. Delval, chef du laboratoire de M. le Docteur Schwartz, à qui nous devons l'interprétation des coupes histologiques, sur lesquelles nous nous appuyons dans le cours de cette thèse.

Enfin, nous prions M. le professeur Segond de bien vouloir agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

M. Letulle a montré, et l'on admet généralement avec lui, que l'appendicite est un processus essentiellement chronique, mais sujet à des poussées aiguës qui se traduisent cliniquement par la crise d'appendicite aiguë.

Ceci est très exact pour le processus anatomique, mais il en est tout autrement pour la clinique. En effet, si l'appendicite débute souvent par la crise aiguë, il est des cas et ils sont loin d'être rares, où elle revêt des allures chroniques; l'affection se manifeste alors ou par des attaques successives, dans l'intervalle desquelles l'état général ou local n'est presque jamais complètement satisfaisant, ou bien elle évolue sans crises, prenant le masque d'une affection intestinale, comme dans l'appendicite chronique d'emblée.

« Plus souvent qu'on ne le pense, disent Monod et Vanverts, il est possible de trouver, si on les recherche, dans les antécédents des malades, des troubles digestifs qui constituent de véritables prodromes de l'appendicite. Parfois, c'est depuis plusieurs mois ou même plusieurs années, qu'il existe de la dyspepsie, des accidents d'entérite muco-membraneuse, de lithiase intestinale.

« Dans d'autres cas, les troubles digestifs, dyspepsie, inappétence, constipation ou diarrhée,

n'ont débuté que depuis quelques jours. On croit à un simple catarrhe intestinal qu'on traite par des purgatifs, des lavements, jusqu'au jour où surviennent des accidents plus sérieux. »

Brun, en mai 1897, fait paraître dans la *Presse médicale*, les premières observations d'appendicite chronique. M. Walther, au congrès français de chirurgie du 17 au 22 octobre 1898, rapporte une série d'observations d'appendicite chronique, et depuis lors, cet auteur a donné lecture à la Société de chirurgie de communications nombreuses, intéressant la question. Un peu plus tard, Ewald, au congrès allemand de chirurgie du 5 au 8 avril 1899, rapporte sous le nom d'appendicites larvées des observations très nettes d'appendicite chronique.

En 1900, notre regretté maître Barette, de Caen, dans la thèse de Pesquerel, apporte de nombreuses observations sur cette affection.

L'anatomie pathologique de l'appendice, dans les formes aiguës et chroniques de l'appendicite, est faite d'une façon très complète par Letulle et Weinberg, et publiée dans la *Presse médicale* du 4 août 1897. Signalons encore la thèse de Rastouil, en 1899, et les noms des auteurs dont les travaux ont éclairé la question : ce sont en France, Dieulafoy, Talamon, Siredey, Ed. Schwartz, Broca, Comby, Jalaguier, Ricard; et à l'étranger, Rowsing, Klemm, Karéwitz.

Enfin tout près de nous, citons la thèse de Wagon, très documentée et appuyée de nombreuses observations de Walther, qui donne de très précieux renseignements sur l'appendicite chronique d'emblée, ainsi que l'article tout récent de Brin dans la *Gazette des Hôpitaux* de mars 1909.

Dans le plus grand nombre des cas d'appendicite chronique, lors de l'intervention, le chirurgien tombe sur un appendice hypertrophié, turgescant, pouvant atteindre la grosseur du petit doigt; mais parfois, au contraire, l'appendice est très modifié, réduit par les progrès de la sclérose à un mince cordon blanchâtre; c'est la *forme chronique atrophique* sur laquelle Walther, Ricard et Ed. Schwartz ont déjà attiré l'attention.

C'est cette dernière forme de l'appendicite chronique que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse, et aidé des observations et des conseils de M. Schwartz, nous nous efforcerons de faire ressortir les caractères qui permettent de différencier cette forme atrophique de l'hypertrophique, tant dans son anatomie pathologique et sa symptomatologie, que dans son étiologie, sa pathogénie, sa marche et son pronostic.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions peuvent porter :

1° Sur l'appendice lui-même et son méso.

2° Sur les tissus voisins : péritoine, épiploon, ganglions du mésentère.

A. Anatomie macroscopique.

Les nombreuses interventions chirurgicales pratiquées dans le cas d'appendicite chronique atrophique ont trouvé l'organe dans des sièges très variables. Celui-ci peut être en position normale, c'est-à-dire dans la fosse iliaque droite, ce qui est le cas le plus fréquent ; mais il peut aussi se trouver soit en situation haute prérénale ou sous-hépatique, soit en situation basse pelvienne, soit même dans la fosse iliaque gauche. Le cæcum et l'appendice contractent des rapports variables, d'où les noms d'appendice pré-cæcal, sous-cæcal, latéro-cæcal ; ils peuvent adhérer plus ou moins l'un à l'autre et parfois même l'appendice doit être sculpté dans la paroi cæcale où il est complètement enchâssé (Observations n° III ; VII ; VIII ; XIV ; XV).

La forme peut aussi varier ; il est des cas en effet, où l'appendice paraît extérieurement énorme, hypertrophié ; à la coupe, on constate une dilatation consi-

dérable du canal limité par des parois très atrophiées. Cette forme *kystique* rentre bien aussi, semble-t-il, dans l'atrophique. D'autres fois, et ces cas sont les plus typiques, l'appendice est atrophié dans toutes ses dimensions; le diamètre peut être réduit à 3 millimètres comme dans une de nos observations; il se présente sous la forme d'un mince cordon, blanchâtre, très dur au toucher; on constate parfois des lésions très vasculaires.

Le *calibre* est très souvent irrégulier avec des rétrécissements et des dilatations, ces dernières pouvant constituer de véritables kystes, d'où le nom *d'appendices kystiques*. (Observations n° XII : appendice renflé en massue à son extrémité).

Le *péritoine péri-appendiculaire* participe très souvent à l'inflammation. M. Ed. Schwartz a attiré notre attention sur la coexistence très fréquente d'un *mésos très développé et très infiltré de graisse*, contrastant avec l'atrophie de l'appendice (Observations n°s IX; X; XI; XII).

Quelquefois le *ganglion appendiculaire* est hypertrophié (Observation n° VI).

Il se produit souvent aussi des *adhérences inflammatoires* entre l'appendice et les organes voisins, qui peuvent déterminer la direction de l'organe, parfois incurvé en U, ou en forme de V, dans d'autres cas tordu sur son axe. L'importance des adhérences épiploïques a été bien mise en évidence par Walther dans son rapport au Congrès de chirurgie (1898); il leur attribue plusieurs cas d'obstruction intestinale chronique et nous en relatons un exemple très probant dans notre observation n° I.

Chez la femme, l'annexite droite se complique très souvent de brides fibreuses, qui font adhérer l'ovaire et la trompe malades et l'appendice; on a même vu des cas d'appendicite évoluer à la suite d'une infection primitive de la trompe.

B. Anatomie microscopique.

Les lésions histologiques de l'appendicite chronique ont été bien étudiées par Letulle et Weinberg, et nous nous sommes guidé à plusieurs reprises sur leur étude.

Les lésions primordiales de la forme atrophique sont l'hypergénèse du tissu conjonctif, la *sclérose*. Les véritables sténoses qui en résultent, sont constituées par des altérations inflammatoires permanentes et irréparables. Elles résultent toujours de lésions destructives ayant porté sur la totalité de la muqueuse et presque toujours aussi sur la zone folliculaire lymphatique sous-muqueuse. Ces altérations destructives sont la conséquence d'une inflammation chronique, que leur processus générateur ait été, au début, aigu ou chronique d'emblée.

Dans la forme atrophique type (Observations X, XI, XII), le canal appendiculaire ne présente plus à la coupe transversale qu'un orifice punctiforme, à peine aussi gros qu'une petite tête d'épingle, au milieu des parties fibreuses; ailleurs, il a la forme d'une fente elliptique ou ovalaire.

« Le maximum des lésions histologiques dans la sténose, dit Weinberg, se trouve au niveau de la muqueuse et de la zone folliculaire sous-muqueuse. Parfois, ces deux parties de la paroi font complète-

ment défaut, et le reste de la sous-muqueuse très sclérosé et mis à nu, fait un relief cicatriciel, formant diaphragme au-dessus d'une dilatation kystique.

« La cavité appendiculaire est souvent tapissée d'une seule couche d'épithélium cubique ou même cylindrique.

« Le chorion est mince, atrophié, fibreux, peu vascularisé et incrusté plus d'une fois par des granulations pigmentaires, résidus de procédés hémorragiques. Dans le cas où cette couche de la muqueuse n'est qu'en partie atrophiée, on y découvre encore, de place en place, quelque fond de glande en tube dilatée ou plus rarement saine, quant à son volume et à son contenu en épithélium cylindrique.

« La muscularis mucosæ est très souvent détruite.

« La zone folliculaire de la sous-muqueuse est transformée en une série de placards fibreux, au milieu desquels on peut parfois observer des follicules atrophiés et sclérosés. Le reste de la sous-muqueuse est chroniquement enflammé ».

Les deux couches musculaires de l'appendice sont envahies aussi par le tissu scléreux, qui tantôt les étouffe comme dans un anneau, tantôt les dissocie; le tissu musculaire peut être presque complètement transformé et réduit seulement à quelques faisceaux de fibres.

La sous-séreuse et le péritoine sont presque toujours sclérosés.

Oblitération de l'appendice. — Dans la grande majorité des cas d'appendicite chronique forme atrophique, le canal appendiculaire est oblitéré sur toute

ou presque toute sa longueur; c'est la forme atrophique oblitérante très bien étudiée par Letulle et Weinberg : « L'oblitération de l'appendice résulte d'un processus ulcératif inflammatoire, ayant atteint circulairement un segment plus ou moins étendu du canal appendiculaire ».

L'appendice est ordinairement filiforme, de diamètre très réduit : il atteignait 3 millimètres (Observations XII; III : anneau fibreux où l'on distingue encore les restes de la tunique musculaire. Disparition complète de la lumière et de la muqueuse, remplacées par un noyau fibreux, relié à l'anneau périphérique par des tractus conjonctifs riches en vaisseaux). Quand il n'est pas oblitéré dans tout son parcours, il est fréquent de voir la partie oblitérée faire un coude avec celle qui est restée perméable ailleurs, l'organe conserve sa forme cylindrique et sa direction rectiligne, et ce n'est qu'à la coupe que l'on peut reconnaître l'oblitération. Enfin, le canal appendiculaire peut être rempli par un magma tellement consistant, qu'il faut un examen microscopique pour déterminer l'existence et la nature de l'obstruction. — L'oblitération résulte d'une symphyse des surfaces conjonctivo-vasculaires transformées en tissu de granulation. Pour qu'une oblitération sténosique puisse se produire, il faut que la muqueuse et la totalité des follicules lymphatiques sous-muqueux soient détruits; tout se passe dans l'épaisseur de la couche sous-muqueuse partiellement ulcérée. Le reste des couches de l'appendice n'a aucun rôle dans le mécanisme de l'oblitération.

Comment se fait cette oblitération appendiculaire?

Voici ce que nous lisons dans la thèse de Weinberg : « Dans un cas, seulement nous avons pu étudier le mécanisme de l'oblitération appendiculaire. Voici ce que nous avons constaté : la région des follicules sous-muqueux est complètement détruite. Le reste de la sous-muqueuse extrêmement épaissie, est parcouru par d'innombrables vaisseaux sanguins distendus, avec une disposition rayonnée, concentrique au foyer d'oblitération et d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage de la partie ulcérée. L'ancienne cavité est occupée par un grand nombre de travées, conjonctivo-vasculaires, qui cloisonnent dans tous les sens la lumière rétrécie. Une foule d'éléments nucléaires stagnent dans la cavité arrondie, circonscrite ainsi par les bourgeonnements conjonctifs partant de la paroi enflammée ».

« Dans les cas d'oblitération effectuée, la lumière appendiculaire est comblée par un placard fibroïde et plein. Ce placard central est irrégulièrement sphérique, parfois ovalaire, plus ou moins aplati et souvent composé de deux zones distinctes, l'une centrale, moins vasculaire, moins riche en éléments nucléés, l'autre périphérique sorte de bordure inflammatoire, plus dense et plus vivement irritée que le centre.

« La zone moyenne et la zone pré-musculaire de la sous-muqueuse présentent toujours des lésions chroniques. On y trouve cependant assez fréquemment des îlots adipeux multiples. Quelquefois le processus ulcératif porte sur toute l'épaisseur de la sous-muqueuse, à tel point que le placard central cicatriciel touche la couche musculaire interne. »

Pour résumer toute cette étude, citons l'examen d'un appendice fait par le professeur Cornil (Observation X).

« L'appendice très mince est tout à fait oblitéré par du tissu fibreux. Les coupes de trois parties examinées montrent la même lésion oblitérante. Les follicules clos et les glandes en tube sont détruits et remplacés par du tissu conjonctif vascularisé, ancien, cicatriciel, sans inflammation récente. Grande quantité de leucocytes dans la tunique musculaire et autour d'elle. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

L'appendicite chronique forme atrophique, comme les autres variétés de cette affection, a pour cause essentielle et primordiale : *l'infection*.

L'infection peut être *générale* et créer une localisation appendiculaire; c'est ainsi que l'on observe, de temps à autre, des appendicites à point de départ grippal, typhique, amygdalien, etc....

Dans les *causes locales*, nous ferons rentrer les affections de voisinage, dont les plus fréquentes, de beaucoup, sont les salpingites chez la femme.

Les *corps étrangers*, en pénétrant dans le canal appendiculaire lèsent ses parois, entraînent avec eux des germes infectieux et favorisent ainsi l'éclosion d'une appendicite.

Quant aux *calculs vrais*, Beaussénat a montré par de nombreuses expériences, qu'ils étaient la conséquence de l'inflammation de l'appendice.

La fameuse théorie de la « *cavité close* », si ingénieusement et si ardemment soutenue par Dieulafoy, semble devoir trouver son application dans le processus atrophique de l'appendicite chronique. L'oblitération du canal appendiculaire par le travail de sclérose est alors permanente. « Il ne s'ensuit pas toutefois dit Dieulafoy à ce sujet, que la transformation du canal appendiculaire en cavité close, soit toujours

suivie d'accidents ; ces accidents dépendent du degré de virulence des microbes emprisonnés, et du degré de toxicité des produits qu'ils élaborent. Or cette virulence peut être insignifiante ; elle peut être anéantie par la phagocytose, auquel cas, les lésions appendiculaires ne poursuivent pas leur évolution et restent à l'état d'ébauche. Un processus chronique oblitérant peut même combler complètement le canal appendiculaire, cure radicale spontanée, qui met le malade à l'abri de nouveaux accidents, et à l'abri des récidives de l'appendicite. »

Toutefois, nous ferons observer dès à présent, que loin d'envisager, à l'exemple de Dieulafoy, l'oblitération chronique de l'appendice, comme une « *cure radicale spontanée* » nous concluons, au contraire, de l'étude des troubles fonctionnels importants auxquels elle donne lieu, que cette forme oblige fréquemment, et tôt ou tard, les malades à recourir à une intervention chirurgicale.

La cause commune, et de beaucoup la plus fréquente, de l'appendicite chronique, est l'*infection intestinale* : entéro-colite, muco-membraneuse ou sèche, primitive elle-même ou secondaire. C'est l'opinion de Walther, de Jalaguier et de la plupart des chirurgiens les plus compétents en matière d'appendicite. Beaussénat provoquant chez des lapins une entéro-colite toxique par ingestion de viande de bœuf en putréfaction, constate que « toujours les lésions de l'appendice ont été trouvées plus intenses, que celles produites dans le reste du tube digestif par l'entéro-colite.

« D'autre part, alors que les lésions de l'intestin

grêle ont une tendance à guérir rapidement, celles de l'appendice semblent avoir, au contraire, peu de tendance au retour ad integrum. » De plus, les lésions déterminées sur l'appendice par entéro-colite, créaient pour cet organe une prédisposition particulière à l'infection.

Ce n'est pas l'opinion de Dieulafoy, lorsqu'il dit : « l'appendice n'est ni la conséquence, ni l'aboutissant des entéro-colites », et de Potain non plus, qui ajoute : « Je suis tout à fait d'accord avec M. Dieulafoy pour considérer l'appendicite au cours de l'entéro-colite, non comme la règle, mais comme une rarissime exception. »

Cependant, dans les observations citées à l'appui de cette thèse, nous trouvons cinq fois la coexistence de la colite et de l'appendicite chronique ; Wagon, dans sa thèse en donne également des exemples non douteux.

Mais comment l'infection chronique produit-elle dans un cas des lésions appendiculaires hypertrophiques, et dans un autre des lésions atrophiques ?

La pathologie générale nous en fournira l'explication.

« Dans un organisme infecté, dit Roger, on trouve trois sortes de poisons : les toxines microbiennes engendrées par l'agent de la maladie ; — les poisons putrides, provenant de l'intestin, où les fermentations sont souvent plus intenses que normalement ; — les poisons cellulaires, dus à la désassimilation qui est exagérée et déviée. »

Ces modes d'infection sont réalisés dans l'appendicite chronique par l'entérite, la colite, la constipa-

tion opiniâtre, les troubles digestifs, très fréquents dans cette forme, comme nous l'avons déjà vu.

« En injectant de fortes doses de toxines à un animal, continue Roger, on voit survenir des cachexies, analogues à celles que déterminent les longs processus infectieux. La diarrhée s'établit, les cellules de l'organisme dégénèrent et la mort survient dans le marasme. — Si la marche est plus lente, les manifestations peuvent prédominer sur un viscère, constituant une affection qui, parfois commence et généralement continue, longtemps après qu'on a cessé l'injection des toxines. On a pu ainsi reproduire des scléroses viscérales, des cirrhoses hépatiques, des néphrites, des myocardites. »

La sclérose débute toujours par l'élément noble, la cellule épithéliale et si, par exemple dans la néphrite, on a tantôt le gros rein blanc lisse de la forme parenchymateuse, tantôt le petit rein rouge contracté de la forme interstitielle, c'est que les organismes ne sont pas semblables, dans les deux cas; le point de départ est le même.

De tous cas faits de pathologie générale, nous pouvons conclure que la forme atrophique de l'appendicite chronique est produite par un processus infectieux à évolution très lente, mais continue et atténuée, entretenu par un mauvais état permanent des voies digestives et une constipation opiniâtre.

A cette infection, il faut joindre dans le processus atrophique ;

1° L'inanition, c'est-à-dire le défaut de nutrition générale de l'organe, par suite de l'oblitération des vaisseaux de ses parois.

2° La compression, soit par un corps étranger, soit beaucoup plus souvent par oblitération complète de la lumière du canal par le tissu scléreux.

3° La suppression de la sécrétion des glandes de la muqueuse, qui ont été étouffées ou détruites par la sclérose.

4° La névrite des branches du plexus mésentérique supérieur, qui forment le plexus d'Auerbach dans la tunique musculuse, et le plexus de Meissner dans la sous-muqueuse.

Nous pouvons dès lors interpréter la *pathogénie des douleurs et des troubles digestifs*, symptômes cliniques de l'affection envisagée.

Les douleurs continues sont produites par l'irritation et la compression des plexus d'Auerbach et de Meissner par la prolifération du tissu conjonctif.

Les paroxysmes douloureux, que nous verrons apparaître par la fatigue, un écart de régime, la menstruation, les infections générales, sont déterminés, soit par une congestion réflexe, soit par une inflammation des quelques follicules clos restés encore isolés dans la paroi.

La *pathogénie des troubles digestifs* pour Walther est *l'infection*. « Si l'infection de l'appendice nous apparaît comme la conséquence directe de l'infection intestinale, l'appendice infecté semble réagir à son tour sur l'intestin, soit directement par continuité de muqueuse, soit par la voie lymphatique comme en témoigne l'adénite du méso-appendice ». (Wagon).

La folliculite appendiculaire, conséquence de l'entéro-colite, se comportera vis-à-vis de celle-ci comme

une épine irritante; si bien que l'on a dit avec raison qu'en pareil cas « l'entéro-colite ne guérira qu'après l'appendicite ».

Quand l'infection ne peut être mise en cause, Walther admet que la persistance des douleurs entretient les troubles digestifs.

Enfin, les troubles digestifs sont parfois produits par des adhérences épiploïques, résultat de péritonite circonscrite, et dans certains cas même, ils peuvent donner lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale chronique (Observation n° I.)

« Il arrive souvent, dit Walther, au cours des résections d'appendices faites à froid, de rencontrer des adhérences épiploïques plus ou moins étendues, et je n'y avais pas prêté jusqu'ici une attention particulière... »

« L'organisation de ces adhérences, la sclérose, la rétraction de l'épiploon consécutive à l'inflammation, provoquent un tiraillement du côlon ascendant et de l'angle du côlon transverse d'une part, parfois de la grande courbure de l'estomac d'autre part.

« La coudure du côlon doit être aussi pour beaucoup dans les douleurs et dans les accidents intestinaux accusés par tous ces malades... »

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons déjà divisé l'appendicite chronique en deux formes : l'appendicite chronique récidivante et l'appendicite chronique d'emblée ; ces formes à évolution différente peuvent néanmoins aboutir à des lésions anatomo-pathologiques identiques, c'est-à-dire à l'atrophie de l'appendice. Nous devons donc trouver des symptômes différents qui permettront de caractériser chacune de ces affections. Hâtons-nous d'ajouter que, cependant, ces différences résident surtout dans les crises, plus ou moins violentes dans l'une, et complètement absentes dans l'autre. Les phénomènes importants, engendrés par l'atrophie de l'appendice, sont les mêmes dans les deux cas.

Signes fonctionnels. — Les *douleurs* et les *troubles digestifs* sont les signes fonctionnels de l'appendicite chronique atrophique.

Les *douleurs* sont *spontanées* ou *provoquées*.

Les douleurs spontanées sont la règle dans la forme atrophique et c'est même le symptôme le plus constant et le plus caractéristique de cette forme. —

Les malades se plaignent à tout moment d'une sensation de gêne, de tension, d'endolorissement, de tiraillement dans la fosse iliaque droite. MM. Ed.

Schwartz, Walther et Ricard, insistent beaucoup sur le caractère permanent des douleurs. Tantôt le siège de la douleur est nettement localisé en un point situé sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite (point classique, dit de Mac Burney), tantôt toute la région iléo-cæcale est également douloureuse.

Pour Walther, il serait aussi très fréquent de trouver chez ces malades une sensation de *barre épigastrique*, parfois très pénible et surtout quand il existe de l'entéro-colite muco-membraneuse concomitante (Observation XV typique).

« Mais en somme, dit Brin, toutes les localisations peuvent s'observer et sans avoir besoin d'invoquer un maximum de lésions péritonéales en ce point, il suffit de se rappeler que les filets du plexus mésentérique supérieur, en même temps que l'appendice, innervent également la totalité de l'intestin grêle, le cæcum, le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse, pour comprendre qu'une douleur éveillée au niveau de l'appendice puisse se manifester en un autre de ces points.

« Ainsi s'expliquent les douleurs localisées à la région lombo-iliaque, au bas-ventre, à la fosse iliaque gauche, à la base du triangle de Scarpa, etc.

Comme nous l'avons déjà montré au chapitre de l'anatomie-pathologique, c'est à la compression des plexus d'Auerbach et de Meissner par la prolifération du tissu conjonctif, envahissant les parois de l'appendice, qu'il faut attribuer les douleurs permanentes, caractéristiques de la forme atrophique.

Les *irradiations* se font dans des directions très

diverses; elles peuvent être ascendantes vers le rein ou le foie, transversales, la douleur se propageant du côté opposé; elles peuvent être descendantes, pelviennes, par exemple, ou crurales ou testiculaires.

Chez notre malade de l'observation numéro I, présentant une hernie inguinale droite et des symptômes d'appendicite chronique, il était souvent difficile et parfois même impossible, en présence de douleurs à irradiations testiculaires, de les rapporter à leur véritable cause.

Les *troubles digestifs* sont, après les douleurs, les symptômes les plus importants de l'appendicite chronique à forme atrophique. Ils sont très variables comme allure.

Tantôt on note les signes d'une digestion lente, pénible, liée ou non à une dilatation de l'estomac, avec rougeur de la face, bourdonnements d'oreille, vertiges, oppression, aussitôt après les repas; en un mot, les symptômes de *l'atonie gastrique*; tantôt les crises dyspeptiques surviennent trois ou quatre heures après les repas, et s'accompagnent de régurgitations acides avec sensations de brûlure tout le long de l'œsophage et douleurs vives au creux épigastrique; en somme, tout se passe dans ce cas, comme dans *l'accès d'hyperchlorhydrie*.

Si nous nous informons de l'appétit du malade, nous apprendrons qu'il mange très peu, qu'il a de la peine à se nourrir.

D'autres fois, l'appétit sera capricieux, irrégulier. Exceptionnellement, l'appétit peut être et rester bon, ou même exagéré, et c'est dans ce dernier cas que la langue reste généralement recouverte d'un enduit saburral, qui résiste à tous les régimes.

Il est aussi très fréquent de constater chez ces malades une susceptibilité spéciale pour certains aliments, toujours les mêmes pour chaque malade. « Il ne s'agit pas là, dit Wagon, de perte d'appétit, d'anoréxie élective pour tel ou tel aliment, analogue à celle du cancer stomacal, car dans l'intervalle des douleurs, l'appétit est conservé. Il ne s'agit pas là non plus, de répulsion instinctive, de dégoût, l'ingestion de ces mêmes aliments produisant souvent un réel sentiment de satisfaction aux malades : c'est l'observation seule qui les conduit à cette sélection. Ils ont remarqué en effet, que la digestion de ces aliments coïncidait toujours avec une recrudescence des sensations douloureuses abdominales. »

Parmi tous les troubles digestifs, la *constipation* est le plus constant. Dans la plupart de nos observations, notre attention est attirée par la constipation dont souffrent les malades. Les deux malades de M. Schwartz (Observations X et XI) sont des constipées opiniâtres, obligées d'avoir constamment recours aux laxatifs et aux lavements.

Il arrive parfois, mais beaucoup plus rarement, que la constipation fait place à une *diarrhée* abondante qui dure deux ou trois jours. Cette diarrhée résulte de poussées aiguës d'infection intestinale et s'accompagne ordinairement d'une fièvre pouvant atteindre et même dépasser 39°. Ces phénomènes aigus reviennent tous les deux ou trois mois, quelquefois plus souvent.

Dans les *symptômes généraux*, il est très fréquent de noter l'*amaigrissement* ; ils s'accompagne ordinairement de *perte des forces* plus ou moins prononcée :

ainsi la malade de l'observation XIV « est pâle, a les yeux cernés; elle se plaint d'être toujours fatiguée et elle a parfaitement remarqué la fatigue au lever »

Les *vomissements* et la *fièvre* apparaissent dans l'appendicite chronique qui procède par crises plus ou moins aiguës; dans nos observations I, II III, V, VI, VIII, à chaque attaque, les malades sont dans un état nauséux très accentué, ont des vomissements alimentaires et même bilieux et de la fièvre, tout comme dans l'appendicite aiguë.

Dans l'atrophie appendiculaire consécutive à une appendicite chronique d'emblée, nous sommes surpris de la *rareté des vomissements*, même au moment des paroxysmes douloureux; si nous consultons nos observations IV; VII; IX; X; XI; XII; XIII; XIV; XV, nous nous trouvons en présence de malades qui n'ont *jamais de vomissements, ni de fièvre*, même alors qu'ils souffrent le plus. Il nous semble qu'il y ait dans cette rareté des vomissements, un caractère sur lequel on pourrait s'appuyer pour diagnostiquer une appendicite chronique forme atrophiante, dans le cas d'appendicite chronique d'emblée, puisque cette dernière affection présente au contraire comme principal symptôme, des vomissements fréquents, faciles, « cycliques » même, chez les enfants.

Bien que Dieulafoy et Potain « considèrent l'appendicite au cours de l'entéro-colite, non comme la règle mais comme une rarissime exception », nous ne pouvons nous ranger à leur manière de voir : Walther, dans la thèse de Wagon, Rastouil, citent des exemples très probants et nombreux de la coexistence de l'affection intestinale avec l'appendicite

chronique d'emblée. Dans nos observations II, IX, XI, XII, XV, les malades présentent très nettement tous les symptômes de l'entéro-colite, muco-membraneuse compliquée d'appendicite chronique.

Cette forme affecte une symptomatologie un peu spéciale que Wagon a bien étudiée. Si l'on interroge attentivement les malades sur leur passé, on ne tardera pas à connaître, qu'ils souffraient depuis longtemps déjà de phénomènes intestinaux généralement marqués et remontant parfois à l'enfance.

« Les douleurs, dit Wagon, ont une prédilection marquée pour la fosse iliaque droite et l'ombilic, tout le long de la moitié droite du gros intestin. C'est une sensation de constriction, de « tortillement », ou même de brûlure. » Ces douleurs sont tantôt continues, tantôt ramenées par la marche, la fatigue (Observations II; X; XI; XIII). Chez la femme, les douleurs augmentent généralement de fréquence et d'intensité au moment des règles (Observations II; VI; et comme le disent Soupault et Jouault, ces paroxysmes cessent d'ordinaire en même temps que le sang. Les écarts de régime réveillent aussi parfois les phénomènes douloureux (Observation II : la malade se rétablit très vite en suivant le régime de l'entéro-colite, mais vient-elle à manger à sa fantaisie, elle est reprise aussitôt des mêmes troubles). D'autres malades souffrent plus ou moins longtemps après les repas; dans notre observation XV, c'était une demi-heure après.

À la palpation, on perçoit la corde colique au niveau de l'S iliaque, le cæcum et le côlon ascendant sont sensibles à la pression. Cependant, si, le doigt ayant

exploré ces régions, descend au niveau de l'appendice, il éveillera une douleur maxima précise, dont la valeur sémeiologique est très importante. Ce signe nettement constaté suffit pour Wagon pour admettre la participation de l'appendice.

Signes physiques. — *La douleur provoquée* dans la fosse iliaque droite par une pression douce; profonde, au point de Mac Burney, constitue un symptôme de premier ordre; c'est de plus un symptôme d'une constance presque absolue. Dans la grande majorité des cas, cette douleur est réveillée exactement par la pression du doigt en un point situé au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, cependant, il faut bien savoir que l'appendice très atrophié est douloureux dans toute sa longueur; d'où il s'ensuit que la localisation de la douleur variera avec le siège de l'organe. Dans le cas de situation haute, on aura une douleur dans la région sous-hépatique, si l'organe descend dans la région pelvienne, la douleur siègera très bas, et pourra faire penser à une salpingite chez la femme.

Walther a remarqué également que la douleur provoquée par la pression persiste un certain temps après elle; dans notre observation XIV, la malade souffrait encore vingt minutes après l'examen.

A la palpation, on peut parfois, chez les sujets très maigres, à paroi abdominale mince et souple, percevoir l'appendice donnant la sensation d'un cordon très dur, ainsi que Walther l'avait trouvé (Observation IX); mais, comme le fait d'ailleurs remarquer

ce chirurgien, il existe de nombreuses causes d'erreur « un magma d'adhérences, une corde épiploïque peuvent donner la même sensation ; parfois aussi la plicature du bord externe de la gaine des droits sous la pression digitale peut porter à confusion » (pseudo cordons de Walther).

Empâtement. — Si l'on sent généralement peu ou pas l'appendice, du moins il n'est pas rare de trouver un épaississement notable de la fosse iliaque droite. Le cæcum est souvent épaissi ; il y a du gargouillement, son niveau, des gaz le distendent et ce tympanisme du cæcum est pour Karéwitz, un des signes les plus importants de l'inflammation chronique de l'organe (Observation XII : énorme cæcum dilaté comme un ballon).

« La fosse iliaque droite, selon l'expression de Réclus, paraît moins libre, moins profonde que la fosse iliaque gauche ».

L'*hyperesthésie cutanée* ne se rencontre pas dans l'appendicite chronique à moins de crises aiguës antérieures.

La *contracture de défense* des muscles de la paroi peut être mise en évidence du côté malade par une palpation attentive exercée avec la pulpe des doigts, et Walther insiste beaucoup sur ce fait ; elle donnerait en outre, d'après ce dernier, une sensation d'épaississement du bord interne du cæcum.

Enfin, le toucher rectal devra souvent terminer l'examen, et Jalaguier recommande de le pratiquer en cas d'appendice bas situé ; il est alors possible d'atteindre l'organe sur une des parois du rectum et de provoquer une douleur bien nette par sa pression.

DIAGNOSTIC

L'étude des symptômes de l'appendicite chronique forme atrophique, nous a montré que le diagnostic de cette affection reposait particulièrement sur les phénomènes douloureux persistants, continus, dans la région iléo-cæcale et sur les troubles digestifs. Ces divers troubles sont réveillés par des crises aiguës ou subaiguës, revenant à intervalles plus ou moins éloignés dans l'appendicite à rechutes et en présence de tous ces signes caractéristiques, le clinicien n'est pas égaré. Mais dans l'appendicite chronique d'emblée, il en est tout autrement, et nous verrons qu'il est souvent très difficile, parfois même impossible de faire un diagnostic exact.

Tout d'abord est-il toujours possible de reconnaître si l'*entéro-colite* n'est pas accompagnée d'*appendicite*?

La douleur dans la colite est diffuse, étendue au cæcum, et n'est pas, comme dans l'appendicite, localisée en un point précis. Les irradiations douloureuses dans la colite sont généralement transversales, et le plus souvent elles se montrent avant les garde-robes; elles se jugent d'ailleurs par l'évacuation d'une quantité plus ou moins grande de mucus et de membranes.

Un autre caractère de l'*entéro-colite* est l'existence de la corde colique traduisant le spasme intestinal.

Les purgatifs améliorent la colite et produisent l'effet contraire sur l'appendicite.

Si l'on est dans le doute, si l'on ne trouve pas nettement le point de Mac-Burney, on peut recourir au procédé de Rosing. Il consiste à mettre à plat sur la fosse iliaque gauche la main droite; et en comprimant l'S iliaque, à la faire glisser le long du côlon descendant de façon à chasser les gaz dans le côlon transverse, puis de là dans le côlon ascendant. Les gaz arrivés dans le cæcum pénètrent dans l'appendice, quand il est encore perméable, le distendent peut-être, en réveillant la douleur au lieu d'élection.

Quand la colite s'accompagne de crises entéralgiques avec constipation, météorisme, hyperesthésie abdominale et même fièvre et vomissements, résistance et douleur à la palpation au niveau du cæcum, dans cette forme alors, il nous semble impossible de faire un diagnostic précis, et comme le dit Talamon : « L'appendicite semble alors n'être qu'un épisode de l'inflammation chronique du gros intestin ».

Il ne faut jamais se hâter de faire le diagnostic. En présence d'une entéro-colite muco-membraneuse nettement caractérisée, on devra toujours chercher avec le plus grand soin l'existence de lésions appendiculaires. Et en pareil cas, comme le dit Enriquez « plus que l'étude attentive des troubles fonctionnels, plus que l'examen local, c'est la mise en observation du malade, et surtout l'inefficacité du traitement diététique, même prolongé, qui feront le diagnostic ».

Appendicite chronique et annexite. — Les commémoratifs sont alors d'une grande valeur. L'an-

nexite est d'ordinaire précédée d'une vaginite, d'une endométrite, qui se sont ensuite propagées et ont pour cause soit la blennorrhagie, soit une infection puerpérale post partum ou post abortum. S'il s'agit d'appendicite, on trouvera dans les antécédents des malades, des troubles intestinaux très marqués, des attaques antérieures, plus graves que dans l'annexite. Si ces rechutes se montrent surtout pendant l'époque menstruelle, comme nous l'avons souvent observé, on peut d'après Delagénère tenir compte de la date de leur apparition : « La crise d'appendicite apparaîtrait plutôt un ou deux jours avant l'écoulement du sang, tandis que la crise salpingienne ne se montrerait qu'à la fin des règles ».

Les troubles menstruels et les écoulements vaginaux appartiennent à la salpingite.

Les symptômes généraux sont plus graves dans l'appendicite que dans la salpingite, mais comme le dit Bouilly « je m'empresse d'ajouter que ces considérations n'ont rien d'absolu et que même en tenant compte de tous les moyens d'appréciation, on peut commettre les erreurs les plus fâcheuses. Le diagnostic en pareil cas ne peut se fonder que sur des nuances ».

Le siège et les caractères de la douleur doivent être étudiés avec soin.

Dans l'appendicite, le foyer douloureux est au point de Mac Burney, sauf dans l'appendicite pelvienne, où il peut siéger beaucoup plus bas et être confondu avec la salpingite.

La douleur salpingienne est intermittente, à paroxysmes menstruels, souvent bilatérale. La dou-

leur appendiculaire, au contraire, reste persistante, mais sourde; c'est plutôt une sensation de gêne, de tension.

Le palper bimanuel, par la palpation de l'abdomen combinée au toucher vaginal ou rectal, donne de précieux renseignements. Si l'on sent les annexes droites parfaitement saines et indépendantes de la tumeur, l'utérus mobile, il faudra conclure à l'appendicite. Dans le cas contraire, tumeur franchement pelvienne, soudée aux annexes, utérus immobilisé, annexes et utérus douloureux, on pensera aussitôt à une affection des trompes et des ovaires.

Chez les femmes, il est encore une affection qui peut prêter à confusion avec l'appendicite chronique : c'est la *cholécystite calculeuse*. Elle se montre à un âge assez avancé, est précédée de coliques hépatiques, à symptômes quelquefois vagues. Dans ce cas, il existe souvent une tumeur, immédiatement en dehors du bord externe du muscle grand droit, se continuant par sa matité avec le foie, et à grosse extrémité arrondie, lisse et dirigée en bas, ce qui est la forme caractéristique de la vésicule biliaire distendue. Il peut y avoir de la constipation, mais on trouvera dans les garde-robes de petits calculs biliaires qui mettront sur la voie.

Il est parfois un cas embarrassant, c'est quand on est en présence d'une *tumeur abdominale* à douleur et siège prédominants dans la région iléo-cœcale : on peut avoir en plus des troubles digestifs, de la constipation, de l'amaigrissement, en un mot, tous les signes de l'appendicite chronique. Ed. Schwartz relate un cas de tumeur de la région cœcale remar-

quable par ses douleurs continues; le diagnostic ne put être fait que par l'intervention; « cette tumeur n'était, paraît-il, ni tuberculeuse, ni cancéreuse, ni d'origine appendiculaire » (Dieulafoy).

Voici ce que dit Guinard à ce sujet : « Rappelez-vous qu'en principe les tumeurs ne sont pas douloureuses par elles-mêmes. Vous voyez des femmes traîner 15 ou 20 ans d'énormes tumeurs abdominales qui ne les incommode que par leur poids et leur volume. Dès que le phénomène douleur intervient et prédomine dans la symptomatologie, pensez à une complication; si c'est un fibrome, pensez à une annexite concomitante et surtout à une appendicite chronique; si c'est une vieille hernie, rentrant et sortant facilement et siégeant à droite, douloureuse la nuit alors qu'elle est réduite, songez encore à l'appendicite! »

Le rein mobile, qui ne se rencontre guère que chez la femme peut aussi égarer le diagnostic. Il débute souvent par une douleur, qui, parfois se transforme en véritable crise avec vomissements, lipothymies, facies grippé : ce syndrome a été appelé « étranglement rénal ». Si en même temps le rein déplacé est tombé dans la fosse iliaque droite, on trouvera une tumeur qu'on peut rapporter à l'appendicite; s'il y a hydronéphrose concomitante par occlusion de l'uretère, la tumeur devient rénitente et même fluctuante, et l'on peut croire à une appendicite avec foyer purulent circonscrit. Il y a des troubles digestifs et de la constipation dans les deux cas. Dans le rein mobile, le début est lent et les crises d'étranglement rénal ne commencent que longtemps après.

A la palpation, on sent une tumeur souvent réductible dans la fosse lombaire. Dans le cas d'hydronéphrose, la diminution brusque de la tumeur, coïncidant avec une évacuation abondante d'urine, mettra sur la voie du diagnostic. Le siège de la douleur au point de Mac Burney, l'hyperesthésie cutanée, la fièvre élevée, appartiennent au contraire à l'appendicite, en cas de crise aiguë.

Chez un prédisposé, les lésions inflammatoires chroniques de l'appendice constituent un foyer d'appel pour la *tuberculose*. Quand on voudra s'éclaircir sur la nature tuberculeuse possible des lésions de l'appendicite chronique, il ne faudra pas se baser sur la pâleur, sur l'amaigrissement et même sur la cachexie du malade, car tous ces signes peuvent se rencontrer au cours de l'appendicite chronique. — On recherchera attentivement la tuberculose, non seulement au niveau des sommets pulmonaires, mais encore dans les régions ganglionnaires, on explorera dans le même sens les testicules et la prostate et même la surface de la peau; enfin, on pourra rechercher le bacille de Koch dans les membranes et les glaires.

Wagon appelle, en dernier lieu, l'attention sur certaines appendicites à forme douloureuse (« *appendicalgie* » de Guinard), qui pourraient être confondues en raison de la douleur spontanée qu'elles éveillent avec les affections les plus diverses : affections du cordon et du testicule, varicocèle, névralgies diverses : intercostales, rénales, ilio-lombaires. La palpation méthodique, la recherche de l'interprétation de la douleur permettront de faire le diagnostic.

PRONOSTIC — MARCHE — COMPLICATIONS.

L'appendicite chronique forme atrophique est une affection à marche variable, à épisodes irréguliers, traversés par des phases d'aggravation et de rémission.

Peut-on en admettre la guérison?

Sans doute, au point de vue strictement anatomique, la sclérose de l'appendice, comme la sclérose pulmonaire, peut être considérée comme un mode de guérison. Ch. J. Rowan et H. G. Wells citent un cas d'appendicite suppurée guérie par la calcification. Il est évident que, lorsque toutes les tuniques de l'appendice sont envahies par le tissu conjonctif, que les glandes et les follicules clos ont disparu, étouffés par le processus de sclérose, on se trouve en présence d'un organe complètement transformé et fonctionnellement supprimé.

Mais en clinique, il en est tout autrement. Comme le dit Wagon : « la guérison spontanée apparaît en effet comme tellement exceptionnelle, que son attente serait décevante, chimérique, et en outre pleine de dangers. »

D'ailleurs, n'avons-nous pas attribué à la sclérose elle-même, les douleurs continues qu'elle engendre par la compression des plexus d'Auerbach et de Meissner.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les observations citées à l'appui de cette thèse, nous remarquons des malades souffrant d'une affection dont le début remonte parfois à l'enfance (à l'âge de 12 ans, dans l'observation n° I), qui a évolué depuis de nombreuses années, soit en s'aggravant et aboutissant à une crise aiguë, soit en restant stationnaire et entretenant ainsi une infirmité réelle. L'état général de ces malades est loin d'être satisfaisant, et les troubles dont ils se plaignent, finissent par avoir un *retentissement psychique*; certains donnent l'impression d'hystériques, de mélancoliques, de neurasthéniques. Ils maigrissent, paraissent misérables, deviennent incapables de continuer leur travail, se sentent sous le coup d'une maladie grave; ils deviennent infirmes au point de vue physique et au point de vue moral.

Les malades sont en outre exposés à certaines complications.

Et d'abord, il faut toujours redouter l'apparition d'une crise aiguë avec ses complications locales ou à distance. De plus, *l'infection* filtre pour ainsi dire continuellement à travers les parois de l'appendice, qui ne sont plus protégées par les follicules clos, détruits complètement ou en voie de disparition. L'économie toute entière souffre de cette imprégnation permanente. A la longue, la cellule hépatique et la cellule rénale s'altèrent; on constate alors de l'albumine dans les urines, des pigments biliaires accompagnent un léger subictère avec foie gros et douloureux. — Du côté de la vessie, on note parfois, des troubles reflexes : incontinence, rétention.

A ces troubles d'ordre infectieux peuvent s'ajouter

des troubles d'origine *mécanique* : l'exagération de coudure des angles còliques, et plus particulièrement de l'angle còlique droit et les accidents d'occlusion intestinale, que peuvent provoquer des adhérences, des brides péri-appendiculaires. Nous avons montré précédemment l'importance de ces adhérences dans la pathogénie des troubles digestifs.

Enfin, si dans la forme atrophique type, on n'a pas à redouter des perforations appendiculaires avec leurs conséquences plus ou moins graves, il ne faut pas oublier que l'appendice est toujours malade et chez un sujet prédisposé, peut devenir le siège d'une localisation tuberculeuse.

TRAITEMENT

Quelle sera la conduite du praticien en présence d'un cas d'appendicite chronique forme atrophique?

Le traitement sera *médical* ou *chirurgical*.

On pourra avoir recours au *traitement médical* dans les formes chroniques d'emblée avec troubles digestifs prédominant, et surtout quand il existe de l'entéro-colite muco-membraneuse, coexistant avec des phénomènes appendiculaires peu nets. Comme nous l'avons vu, le diagnostic est parfois impossible à faire. Dans ce cas, le traitement médical visera surtout le régime, et à ce point de vue, l'indication principale est de diminuer les fermentations intestinales. Le lait écrémé, les pâtes, les viandes blanches en petite quantité, constitueront la base de l'alimentation (Brin). Il faut proscrire énergiquement les viandes rouges, les aliments gras, les mets épicés, le vin, le café (Wagon). Les malades resteront étendus pendant une heure ou deux après les repas; on leur conseille à l'emploi fréquent de petits lavements pour assurer la liberté du ventre. En cas de recrudescence douloureuse, le malade sera mis au repos, immobilisé avec une vessie de glace sur le ventre.

Si, au contraire, les phénomènes douloureux et les troubles digestifs sont très accentués, non influencés par le régime, s'ils s'accompagnent d'amaigrissement

rapide et de perte des forces, il faut alors recourir au *traitement chirurgical* et ne pas compter sur la guérison spontanée. Roux de Lausanne dit à ce sujet : « Tout appendice enflammé, guéri cliniquement, reste anatomiquement taré », et Terrien ajoute « il porte en ses parois la menace permanente d'accidents nouveaux. » C'est aussi l'opinion de Walther, Jala-guier, Schwartz, Ricard, Brin et on peut dire, d'une façon générale, de la plupart des maîtres qui connaissent le mieux l'appendicite.

Nous sommes d'autant plus convaincu de la *nécessité de l'intervention chirurgicale*, que l'étude des *suites opératoires* montre toujours, sinon une disparition complète de tous les symptômes douloureux ou digestifs, du moins leur *amélioration* très manifeste. D'après la thèse de Riou sur les suites de l'appendicectomie dans la forme chronique, les douleurs, les vomissements, les troubles dyspeptiques, la constipation, disparaissent dans les jours qui suivent; les malades amaigris reprennent de l'embonpoint; tant qu'à la colite muco-membraneuse, bien que Marfan soit d'avis qu'elle persiste le plus souvent après l'ablation de l'appendice, nous trouvons dans les observations de Schwartz, de Walther, de Broca, de Brin et de Riou, qu'elle disparaît dans un bon nombre de cas. La guérison complète s'observerait dans un quart des cas pour Erhmann, Broca et Barbet.

Nous citerons, en terminant, les conclusions de Faure sur le traitement de l'appendicite chronique : « Dans les formes frustes, chroniques, légères, qui ne sont pas toujours les moins graves, il est à peu

près impossible, lorsqu'elles sont accompagnées de typhlo-colite, de dire la part qui revient à l'appendicite et celle qui revient à l'entérocolite; — il est aussi difficile d'affirmer que le malade n'a pas d'appendicite, que d'affirmer qu'il n'a pas d'entéro-colite — ou que d'affirmer enfin qu'il a les deux affections réunies.

« Et c'est pour cela que dans ces conditions, nous pensons que la sagesse, que la prudence, que le devoir commandent d'opérer. Si l'opération était grave, on aurait le devoir d'attendre. Elle est d'une telle bénignité, que les risques à courir du fait de l'opération sont beaucoup moins grands que ceux qui tiennent à la possibilité d'une explosion subite d'accidents suraigus. Quand il y a une douleur dans la fosse iliaque droite, au point classique, on ne sait jamais exactement quelles sont les lésions qui la provoquent. Elles peuvent être légères, elles peuvent être très graves. Nous devons agir comme si elles étaient graves. Nous devons opérer ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz)

Appendicite chronique forme atrophique et obstruction intestinale chronique.

Le nommé P..., cinquante-six ans, camionneur.

Salle Gosselin, n° 20. Entre le 5 août 1908.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer du pylore. Un de ses oncles est mort de la même affection. Le père du malade semble avoir été atteint, entre quarante et cinquante ans, d'anémie pernicieuse.

Antécédents personnels. — Le malade a été atteint d'érysipèle récidivant entre vingt-huit et trente-cinq ans. Les attaques survenaient tous les ans à la même époque, au mois de juillet. Ces attaques, d'abord graves, devinrent de plus en plus bénignes et finalement ne reparurent plus.

Pendant que le malade faisait son service militaire, il eut des hémorroïdes. Depuis ce moment jusqu'à sa dernière attaque d'érysipèle, il n'a plus perdu de sang par l'anus. Mais à partir de cette époque et pendant douze années successives, la malade fut pris de pertes de sang, qui survenaient périodiquement tous les mois et duraient trois ou quatre jours. Cet homme ajoute en outre qu'étant allé à l'hôpital, à la consultation externe, on lui prescrivit un traitement médical. Ces pertes de sang ne s'accompagnaient d'aucun trouble fonctionnel, autre que l'affaiblissement.

A l'âge de douze ans, le malade fut atteint d'une crise d'appendicite (d'une crise de coliques de miserere) qui dura trente jours. Depuis cette date jusqu'à l'âge de vingt ans, il

eut des crises de coliques, qui survenaient fréquemment sans que le malade puisse préciser les circonstances de leur apparition.

Le malade s'est aperçu, à l'âge de vingt-sept ans, qu'il avait une hernie inguinale droite; elle est devenue progressivement plus volumineuse mais n'a jamais été douloureuse; elle a été toujours réductible, tout au moins jusqu'à ces derniers temps.

Depuis huit ou neuf ans, le malade avait des troubles intestinaux qui survenaient par crises et toujours, dit-il, au mois de juillet. Ces crises apparaissaient sans aucune cause appréciable. Le patient ne peut préciser si elles survenaient plutôt à un moment de la journée qu'à un autre. Elles s'annonçaient par une douleur abdominale vive et généralisée qui atteignait d'emblée son maximum et durait avec des paroxysmes douloureux fréquents, pendant deux ou trois jours, avec irradiations aux lombes.

En même temps la *constipation était opiniâtre* avec ballonnement du ventre.

Sous l'influence d'un traitement énergique (purgations, lavements), tous ces symptômes s'apaisaient en deux ou trois jours, et le malade pouvait reprendre aussitôt ses occupations. Durant toutes ces crises, il ne s'est présenté aucun trouble du côté de la hernie.

Au mois de juillet dernier, le malade a été pris de sa crise annuelle, mais quinze jours après, les mêmes accidents ont reparu et avec une intensité extrême. Le malade a vomi une fois; son état constamment nauséux, l'insuccès des moyens thérapeutiques, jusqu'alors employés, ont nécessité son admission à l'hôpital.

Sitôt entré à l'hôpital, on a donné au malade un lavement électrique, qui a été suivi d'un résultat immédiat.

A l'examen, on constate que l'état général du malade est excellent; il souffre peu, sauf à certains moments où il a des élancements douloureux dans tout l'abdomen et au niveau de sa hernie. Le ventre est ballonné, tendu. La moindre palpation est alors douloureuse. La hernie est tendue, irréductible; toutefois le collet est indolore.

En présence de ces faits et pour éviter le retour de ces accidents, on décide d'intervenir. On commence par faire une incision médiane exploratrice. On tombe sur le côlon transverse qui est coudé, attiré vers le pubis du côté de la hernie où il paraît s'engager. Malgré tous les efforts de l'opérateur, il est absolument impossible de le dégager. On fait alors une seconde incision comme pour effectuer la cure radicale de la hernie. On tombe sur une épiplocète. L'épiploon forme une masse épaisse, indurée, adhérente au sac; cet épiploon raccourci a attiré le côlon transverse vers le bas, et l'a forcé à s'engager dans le sac herniaire.

On libère l'épiploon, on le résèque et on réduit le côlon.

En explorant le cæcum, on arrive sur un appendice, qui présente des lésions très anciennes et qui est presque totalement sectionné à sa base. On pratique l'appendicectomie.

Aspect macroscopique. — Appendice très grêle et très sclérosé.

Coupe de l'appendice et examen anatomo-pathologique par M. Delval. — Diamètre 4 millimètres. Sclérose diffuse du péritoine épaissi et de la couche musculaire; disparition complète de la muqueuse. Sous-muqueuse très épaissie remplissant tout l'intérieur de l'organe et faisant hernie au dehors par un orifice de la couche musculaire (perforation ancienne).

D'après toutes ces constatations, il semble bien que l'on se trouve en présence d'une affection ayant évolué de la façon suivante :

1° Attaque d'appendicite à l'âge de douze ans.

2° Appendicite récidivante entre dix et vingt ans.

3° L'appendicite occasionne de l'épiploïte de voisinage; l'épiploon devenant adhérent à la paroi abdominale, s'engage dans le canal inguinal.

4° Enfin, l'épiploïte détermine un raccourcissement considérable de l'épiploon; le côlon transverse se coude et s'engage dans le sac herniaire. Il faut vraisemblablement attribuer à cette coudure les symptômes d'obstruction chronique présentés par le malade.

Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri, le 14 septembre 1908.

OBSERVATION II (*in-thèse Wagon n° 34*)

Appendicite chronique avec entéro-colite, forme atrophique.

La nommée Albertine O... 23 ans. Entre le 23 février 1904, salle Gerdy.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Rougeole, scarlatine dans l'enfance.

Réglée à 12 ans, bien réglée, mais souffre beaucoup. Leucorrhée depuis plusieurs années.

Le début de la maladie semble remonter à 2 ans. La malade fut prise assez brusquement à cette époque de *douleurs vives* dans le bas ventre, sans localisation précise, ni prédominance d'un côté. Le docteur Siredey consulté fit le diagnostic *d'entéralgie au cours de colite muco-membraneuse*. Cette crise douloureuse s'accompagna, en effet d'évacuation de glaires et de membranes. La malade fut mise au régime (repos au lit, lait). Dès que les douleurs furent disparues, elle oublia les recommandations de son médecin et mangea à sa fantaisie.

Quelques jours après, elle présenta de nouveau les mêmes phénomènes douloureux abdominaux, qui nécessitèrent le même traitement sévère. *Aucune de ces crises ne fut accompagnée d'élévation thermique*. Depuis lors, elle a toujours ressenti dans le côté droit, principalement à l'occasion de la marche, ou après les repas des *tiraillements douloureux dans la fosse iliaque droite*. Ces phénomènes étaient encore *accentués par le retour des règles*. Les digestions étaient toujours difficiles d'une manière générale, sauf pour le lait et les purées de légumes qui étaient parfaitement tolérés.

Il y a un mois, nouvelle exacerbation critique : la malade étant au théâtre, fut prise de douleurs vives dans la fosse

illaque droite avec vomissements abondants, qui se reproduisirent pendant la nuit et la matinée du lendemain (diète, glace, repos au lit).

Dix jours environ après cette crise, à l'époque de ses règles, la malade eut une nouvelle atteinte, suivie comme la précédente de vomissements qui durèrent jusqu'à l'apparition des règles et nécessitèrent l'institution de la diète absolue.

Depuis, les douleurs reparaissent irrégulièrement et avec plus ou moins d'intensité. Sur les conseils de M. le Dr Siredey, médecin de Saint-Antoine, la malade vint consulter M. Walther qui diagnostiqua une appendicite chronique et la reçut dans son service.

A la palpation attentive du ventre en dehors de ces petites crises, on trouve que le point de Mac Burney est nettement douloureux. Le côlon beaucoup moins sensible à la palpation, n'est pas perceptible. Les angles coliques ne sont pas douloureux.

Le toucher montre que l'ovaire gauche est un peu douloureux. Rien à droite.

Opération le 4 mars par M. Walther. Appendice sous ileo-cæcal.

Appendice atrophie, blanchâtre, sclérosé. La pointe est particulièrement sclérosée. Cæcum très dilaté. Méso falciforme très peu vascularisé. Un point sur le méso. Un point sur l'appendice. Décortication facile. Longueur de l'organe : 7 centimètres. Suites opératoires absolument normales.

OBSERVATION III.

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Schwartz)

Appendicite chronique forme atrophique.

Le nommé G..... 52 ans, chef d'équipe.

Salle Gosselin, n° 6. Entré à Cochin le 5 mars 1910.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade se plaint depuis une dizaine d'années environ de douleurs abdominales

localisées très exactement dans la fosse iliaque droite, à mi-chemin de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'ombilic, point de Mac Burney. Ces crises douloureuses s'accompagnent de nausées et souvent même de vomissements alimentaires ou bilieux.

Depuis cette époque, l'appétit a beaucoup diminué. Il est intéressant de noter que chez ce malade, contrairement à ce qu'on observe généralement dans l'appendicite à rechutes, la *constipation n'a jamais existé*.

Le malade raconte que les premières crises ont apparu quelques jours après l'ingestion d'un os plat de volume assez considérable.

Il y a un mois, les douleurs ont été plus vives, et le malade a été obligé de faire venir un médecin qui l'a engagé à se faire opérer.

A l'examen de l'abdomen on constate les signes classiques de la crise appendiculaire : la défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée sont très évidentes à droite, ainsi qu'une douleur nettement localisée au point de Mac Burney, auxquels signes il faut joindre un plastron induré formé d'adhérences très anciennes.

On constate en outre la présence d'une hernie inguinale droite, qui existe depuis une dizaine d'années; elle n'a jamais gêné le malade.

On opère la hernie et on constate que la vaginale remonte presque à l'orifice profond du canal inguinal où elle est oblitérée.

Le testicule, de ce même côté, est atrophié.

Dans la fosse iliaque droite le côlon ascendant est prolabé.

L'appendice est adhérent, à type remontant rétro-cœcal.

Il y a de plus un hématome sous-séreux sous la partie droite du cœcum. L'appendice est enlevé, et le malade sort guéri le 29 mars.

L'appendice nous offre à considérer les lésions suivantes :

a) *Macroscopiquement* : appendice long de 8 centimètres, très aminci et très dur, blanchâtre.

b) *Microscopiquement* : Examen par M. Delval :

Diamètre 3 millimètres à la partie moyenne, le reste de

l'organe ayant un diamètre de 7 à 9 millimètres. Péritoine disparu. Musculeuse très réduite, absente par places. L'appendice n'est plus constitué, au point rétréci, que par un cylindre fibreux enfermant une sous-muqueuse et une muqueuse d'aspect à peu près normal, mais très diminuée d'épaisseur.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Schwartz)
Appendicite chronique forme atrophique.

La nommée H. M... 24 ans, domestique.

Salle Sédillot, n° 11 bis. Entrée à Cochon, le 12 octobre 1908.

Antécédents héréditaires. — La malade dit avoir perdu ses parents de bonne heure ; sa mère, il y a 17 ans, et son père il y a 7 ans,

Elle a cinq sœurs très bien portantes. Étant donné le bon état général de la malade, il ne semble pas qu'on doive attacher quelque importance à ces antécédents.

Antécédents personnels. — On note seulement une rougeole vers l'âge de 5 ans.

Réglée à 13 ans et très régulièrement depuis. Appétit bon ; pas de troubles gastriques attirant en aucune manière l'attention ; la malade se plaint d'être *toujours constipée*,

Pas de glaires ni de peaux dans les selles.

Il y a 4 ans, la malade est prise brusquement de douleurs abdominales surtout intenses dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnent de nausées, mais *sans vomissements*. La crise aurait duré 22 jours. Les symptômes se sont amendés après application sur le flanc droit de compresses chaudes. A cette époque, la malade était en Angleterre.

Depuis cette date, la malade a joui d'une très bonne santé, jusqu'à il y a 6 semaines environ, où elle fut prise d'une nouvelle attaque de coliques appendiculaires, avec les mêmes caractères que la première fois, mais toutefois avec plus de lenteur et moins de violence.

Rien dans les urines.

Nausées très fréquentes, *pas de vomissements*.

A la palpation de l'abdomen, on constate une réaction musculaire intense dans la fosse iliaque droite et une douleur très vive et nettement localisée au point de Mac Burney avec hyperesthésie cutanée.

Appendicectomie le 24 octobre.

L'appendice est examiné par M. Delval qui constate les lésions suivantes :

Diamètre : 4 millimètres à la base, le reste de l'organe ayant en moyenne 8 millimètres. Péritoine épaissi et fibreux. Couche musculaire épaisse en voie de sclérose, pénétrée par de nombreux faisceaux fibreux émanés de la sous-muqueuse et de la sous-séreuse. Lumière de l'appendice complètement oblitérée, remplacée par un réseau dense fibro-adipeux entourant un follicule lymphatique central. Pas de traces de la muqueuse.

Les jours qui suivent l'opération, la malade se plaint de douleurs névralgiques dans la région ovarienne. On applique loco dolenti des pointes de feu, et la malade sort guérie le 25 novembre 1908.

OBSERVATION V

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Schwartz)

Appendicite à répétition, forme atrophique.

Le nommé C... 19 ans, métreur.

Salle Gosselin, n° 4. Hôpital Cochin. Entre le 19 février 1909.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a 4 ans, en 1905, première crise appendiculaire avec douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, fièvre et accélération du pouls comme dans la forme classique, le tout accompagné des signes de péritonite circonscrite. Le malade fut mis dans l'immobilité absolue, à la diète rigoureuse de boisson avec glace sur le ventre, et tous les symptômes disparurent au bout d'une quinzaine de jours.

Nouvelle crise le 18 juillet 1907. Mêmes phénomènes, toutefois avec une moindre intensité.

Une troisième crise eut lieu le 28 juin 1908 absolument analogue à la seconde. Et ces crises ont toujours cédé au traitement médical.

A son entrée à l'hôpital, le malade ressent toujours quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque droite, douleurs à forme de coliques, auxquelles il faut joindre une *constipation opiniâtre*.

Toutefois, dans l'intervalle des crises, l'appétit a toujours été conservé et sans troubles digestifs.

A la palpation de la fosse iliaque droite, on perçoit un léger empatement douloureux à la pression.

Opération le 20 février 1908. — Appendice très court et filiforme, facile à trouver; il présente un étranglement au niveau de sa partie moyenne et une légère adhérence au niveau de son bord mésentérique.

Coupe et examen anatomo-pathologique par M. Delval.

Diamètre 4, 5 millimètres. Péritoine épaissi. Couche musculaire infiltrée de très nombreuses cellules conjonctives jeunes. Sous-muqueuse très épaissie infiltrée également de cellules inflammatoires. Disparition de la muqueuse et de la cavité appendiculaire, remplacées par une nappe de tissu conjonctif jeune riche en vaisseaux. C'est plutôt un organe en voie d'atrophie que complètement atrophié au moment de l'opération.

Le malade sort guéri le 12 mars 1909.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Schwartz.)

Appendicite chronique avec atrophie segmentaire.

Mlle C... 22 ans, lingère.

Salle Sédillot, n° 17. Entrée le 29 janvier 1909.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Régée à 14 ans, normalement.

Au mois de mai 1908, première crise de coliques appendiculaires avec douleurs violentes dans la fosse iliaque droite irradiant à tout l'abdomen, et triade classique de Dieulafoy, vomissements alimentaires, accélération du pouls et fièvre. Ces symptômes cèdent au bout de 24 heures à une application de glace loco dolenti.

Au mois d'août de la même année, nouvelle crise qui a duré 10 jours avec les mêmes phénomènes que lors de la première attaque.

Depuis cette époque, la malade *souffre d'une manière presque constante* dans la région abdominale droite et ces douleurs augmentent d'intensité chaque mois après les règles, s'accompagnant d'un état nauséux et souvent de vomissements.

La dernière crise remonte au 22 janvier 1909; il y a des douleurs et des vomissements, mais sans élévation de la température.

La malade entre alors à Cochin. L'abdomen est souple, sans ballonnement, sans zone de matité, ni d'induration. La palpation n'est douloureuse que très profondément en un point répondant assez exactement au point de Mac Burney.

Appendicectomie le 2 février. — L'appendice est en situation pelvienne, très bas situé, ayant contracté des adhérences avec l'ovaire droit. Il est très difficile à libérer.

Au niveau du méso appendiculaire, près de l'artère cæcale antérieure se trouve un *ganglion enflammé* en boudin que l'on a pris pour l'appendice au début de l'opération.

Examen histologique de l'appendice par M. Delval.

Diamètre: 4 millimètres. Atrophie énorme de la musculuse, éduite par places à quelques faisceaux de fibres. Sous-muqueuse proportionnellement épaissie, atteignant par place six fois la largeur de la couche musculaire. Follicules lymphatiques enserrés par le tissu fibreux. Muqueuse assez bien conservée.

OBSERVATION VII

(*Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz*).

Appendicite chronique avec atrophie segmentaire.

Le nommé L. N..., dix-sept ans, employé de bureau.
Salle Gosselin, n° 2. Entrée à Cochin, le 15 février 1909.
Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Il y a deux ans, en 1907, le malade a eu une première crise de coliques appendiculaires au mois de février. Cette attaque se traduisit surtout par la triade douloureuse de Dieulafoy, avec température presque normale et symptômes généraux très légers.

A partir de cette époque, le malade porte une ceinture de flanelle qui lui enveloppe tout l'abdomen.

Deuxième crise en janvier 1908 et troisième en février 1909, toutes deux sans élévation thermique appréciable et sans vomissement ; seulement des *phénomènes douloureux* dans la fosse iliaque droite. Ces attaques sont calmées par des applications de glace, la diète hydrique et l'immobilité absolue. Les symptômes ayant disparu, le malade entre à Cochin le 15 février.

Appendicectomie le 20 février 1909.

Examen microscopique. — L'appendice est long de 15 centimètres ; il est collé par des adhérences péritonéales sur la face externe du cœcum.

Examen microscopique par M. Delval :

Diamètre 4 millimètres au point rétréci, le diamètre moyen étant de 6 millimètres. Gaine de péritonite chronique. Muscle parcouru par des pinceaux de tissu fibreux. Centre de l'organe formé par une masse de tissu lymphoïde (anciens follicules) qui fait hernie à l'extérieur par une perforation de la musculuse. Le bourgeon lymphatique hernié au dehors est revêtu d'une assise de cellules épithéliales cylindriques, dernier vestige de la muqueuse appendiculaire.

Le malade sort guéri le 25 février 1909.

OBSERVATION VIII

(*Recueillie dans le service de M. le Dr Schwartz*).

Appendicite chronique, forme atrophique.

Le nommé B..., 17 ans, cultivateur.

Salle Gosselin, n° 3 bis. Entrée le 11 octobre 1909.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une seule crise d'appendicite terminée il y a environ six semaines. Cette crise dura huit jours et *consista surtout en phénomènes douloureux* qui cédèrent aux pansements humides chauds et à l'application de glace.

L'état général s'est montré troublé par un état nauséux avec quelques vomissements alimentaires et même bilieux, une fièvre modérée avec pouls ne dépassant pas 110. Depuis cette époque, aucune nouvelle crise n'est survenue, mais le malade se plaint de souffrir dans le côté droit, particulièrement à l'occasion d'une fatigue.

À la palpation de la fosse iliaque droite et profondément, le point de Mac Burney est légèrement sensible, mais on note encore la contraction de défense, la tension et l'induration des muscles de la paroi.

Appendicectomie le 14 octobre. — On trouve un appendice adhérent et très difficile à enlever.

Examen microscopique par M. Delval.

Diamètre : 4,5 millimètres. Complètement fibreux, sans cavité centrale. Couche musculaire dissociée et étouffée par le tissu conjonctif : péritoine irrégulièrement épaissi.

OBSERVATION IX

(*in thèse Rastouil 1901*).

La nommée X., opérée le 14 janvier 1899.

Cette malade souffrait depuis longtemps de troubles dyspep-

tiques accompagnés des symptômes d'une colite chronique sèche. Elle avait de la douleur au point de Mac Burney. M. Walther avait pensé à de l'appendicite chronique avec adhérences épiploïques; il avait senti rouler sous le doigt une petite masse allongée. L'incision de la paroi au point correspondant fit voir que cette sensation était due au bord externe de la gaine du grand droit. L'appendice était petit, grêle, atrophié, *son méso était épais, chargé de graisse.*

A l'aspect macroscopique, l'appendice paraissait sain. On ne trouvait d'adhérences, ni au cœcum, ni au côlon ascendant, mais au niveau du côlon transverse, de nombreuses brides filamenteuses entouraient l'intestin. La face postérieure de l'épiploon présentait des traces d'ancienne épiploïte.

Résection des quatre brides qui enserrèrent le côlon transverse; résection de l'épiploon tout entier. *Appendicectomie.*

Suites opératoires. — Les douleurs de la fosse iliaque droite ont disparu, les troubles dyspeptiques se sont améliorés, mais les symptômes de la colite chronique n'ont pas disparu.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Dr Schwartz)

Appendicite chronique très douloureuse (forme atrophique et oblitérante).

Mlle G..., 26 ans, bien réglée, très nerveuse.

C'est une constipée.

Elle fut prise à Genève d'une crise subaiguë d'appendicite, vue par J. Reverdin, il y a de cela 3 mois; il conseillait l'opération immédiate.

La malade raconte que depuis longtemps déjà elle souffre du côté droit du ventre surtout après la fatigue et la marche.

Elle a un point de côté : de la dyspepsie.

L'examen montre nettement le point de Mac Burney très douloureux.

La malade est en mauvais état de santé générale, présente de l'*amaigrissement*, de la *perte des forces*.

Pas d'entérite.

C'est une *constipée opiniâtre*.

Je porte le diagnostic d'appendicite chronique et décide l'intervention.

Opération : novembre 1904.

Appendice long et grêle, très vasculaire.

Gros méso graisseux.

Complètement guérie; revue en excellent état et engraisée en mars 1905.

Examen de l'appendice par le professeur Cornil.

L'appendice mince remis avant-hier est tout à fait oblitéré par du tissu fibreux. Les coupes en 3 parties examinées montrent la même lésion oblitérante. Les follicules clos et les glandes en tube sont détruits et remplacés par du tissu conjonctif vascularisé, ancien, cicatriciel, sans inflammation récente. Grande quantité de leucocytes dans la tunique musculaire et autour d'elle.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Schwartz).

*Appendicite chronique d'emblée, forme atrophique
et entérite muco-membraneuse.*

Mme B..., 35 ans; bien portante, 2 enfants.

Atteinte depuis plusieurs années d'*entérite muco-membraneuse, douloureuse*, avec crises de coliques et *constipation*.

Elle est soignée à Châtel-Guyon, où elle suit un régime.

Malgré cela, elle continue à souffrir et se plaint de plus en plus depuis 2 ans environ d'un point douloureux fixe à droite dans la fosse iliaque, point qui ne la quitte jamais ou presque, qui la fait souffrir davantage quand elle se fatigue, va et vient.

Jamais elle n'a eu de crises aiguës en ce point, *jamais de vomissements, jamais de fièvre.*

L'examen permet de constater le point de Mac Burney très nettement douloureux et donnant lieu quand on presse un peu fort à de la défense musculaire.

Un peu de dilatation du côlon ascendant.

Phénomènes dyspeptiques continuels.

Je diagnostique une appendicite chronique d'emblée et conseille une opération, 7, rue de la Chine, 26 avril 1909.

'Chloroforme avec l'appareil de Ricard. Opération très régulière.

Très grasse; appendice filiforme; énorme méso gras contrastant avec l'appendice très petit et très mince.

Aucun incident.

Depuis, absolument guérie de ses douleurs de côté et même de l'entérite muco-membraneuse.

Appendice absolument oblitéré et sclérosé.

Examen histologique par *M. Delval* :

Diamètre : 4 millimètres. Atrophie généralisée à tout l'organe; avec oblitération à sa base. Couche musculaire étranglée entre 2 masses fibreuses, l'une centrale parcourue par de nombreux vaisseaux, l'autre périphérique et circulaire, due à l'épaississement produit par la péritonite chronique.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de *M. le Dr Schwartz*).

Appendicite chronique d'emblée, atrophique. — Dilatation énorme du cæcum. — Entérite muco-membraneuse. — Ablation de l'appendice. — Guérison.

Mme B..., 54 ans.

Arthritique avérée. — Coliques hépatiques.

Hémorroïdaire. — Soignée à Vichy pendant 4 ans, puis à Châtel-Guyon.

Prise depuis ces derniers mois de *douleurs très vives*, qui se localisent de plus en plus à droite dans la fosse iliaque et condamnent la malade au repos, ce qui est absolument détestable au point de vue de son état général.

Je la vis en janvier 1908.

Tous les signes d'une appendicite chronique *très douloureuse et continue* avec entérocolite muco-membraneuse.

Jamais d'accès, jamais de fièvre.

Urines normales, un peu uratiques.

Je conseille l'intervention.

29 janvier 1908. *Opération.* Chloroforme avec l'appareil de Roth Draëgger.

Incision sur le bord externe du droit. Prolapsus de tout le côlon dans la fosse iliaque droite, en dessous de lui un énorme cæcum dilaté comme un ballon.

Le côlon ascendant est seulement normal sans aucun rétrécissement.

Appendice très long, filiforme, renflé en petite massue à son extrémité.

Gros méso, très gras qui contraste avec l'atrophie de l'appendice : Ablation facile.

Suites de l'intervention. — 2 Crises d'entérite avec masses glaireuses et membraneuses rendues par l'anus dans les jours qui suivent.

Toute douleur disparaît.

Guérison complète, janvier 1910 de l'entérite muco-membraneuse.

Examen histologique de l'appendice par M. Delval.

Diamètre 3 millimètres. Anneau fibreux où on distingue encore les restes de la tunique musculaire. Disparition complète de la lumière et de la muqueuse, remplacées par un noyau fibreux relié à l'anneau périphérique par les tractus conjonctifs riches en vaisseaux.

OBSERVATION XIII (*In thèse Rastouil*)

Appendicite chronique d'emblée, atrophique.

Le nommé S... médecin. Opéré le 5 novembre 1898 par M. le Docteur Walther.

Ce malade souffrait de *troubles dyspeptiques très an-*

ciens ; deux mois avant l'opération, il se plaignait de *petites douleurs* accompagnées de nausées, mais *sans vomissements*, qui survenaient par crises à l'occasion des fatigues et du refroidissement ; le point appendiculaire existait nettement.

Opération. — Cæcum gros et flasque à parois très minces ; appendice très long, grêle, moniliforme, recourbé en pas de vis autour de son méso un peu rétracté. Résection normale.

Suites opératoires. — Les douleurs ont disparu, les troubles dyspeptiques n'existent plus, le malade a un très bon état général ; il a bon appétit et digère mieux la nourriture qu'il prend.

Nous avons revu ce malade en novembre 1904 : les troubles dyspeptiques existent toujours ; l'appétit n'est pas mauvais, mais les digestions sont pénibles ; aussi le malade ne peut-il manger de tout. L'état général depuis quelques mois est meilleur, le malade est moins enclin à la neurasthénie. Il fatigue beaucoup et ne souffre plus jamais du ventre.

OBSERVATION XIV

(*In thèse Rastouil*)

Homme de 42 ans, atteint *depuis 6 ans de troubles gastro-intestinaux* attribués à la dyspepsie et caractérisés par des *crises douloureuses* avec ballonnement du ventre. A la fin de novembre 1899, crise un peu plus forte que les précédentes avec prédominance de la douleur à droite et existence du point de Mac Burney. Delanglade (de Marseille) eut l'occasion d'observer cette crise n'hésita pas à porter le diagnostic d'appendicite.

J'ai examiné ce malade le 3 janvier, et comme il était *fort amaigri*, j'ai pu sentir avec une grande netteté l'appendice dur et roulant sous le doigt. J'ai conseillé l'intervention, car l'expérience m'a appris que, dans les cas de cette catégorie, une crise aiguë est toujours menaçante et que d'autre part l'incision de l'appendice chroniquement enflammé suffit à faire

disparaître le plupart sinon la totalité des prétendus accidents dyspeptiques.

Le 8 février. *Appendicectomy*.

Examen de l'appendice. — Long de 8 centimètres; extrémité effilée et ratatinée, pâle, d'aspect fibroïde; la partie moyenne un peu renflée à la coloration normale; la base plus congestionnée porte quelques tractus séreux s'étendant sur le cœcum couvert lui-même de néoformations séreuses, rosées, minces et transparentes. Le méso-appendice sain ne renfermait pas de ganglions appréciables. L'appendice a été incisé en long et vous pouvez constater que son extrémité est dépourvue de muqueuse dans une étendue de 15 millimètres environ. La lumière du canal a presque entièrement disparu à ce niveau et la paroi très épaisse est fibreuse : à un centimètre au-dessus existe un rétrécissement très net par épaissement sous muqueux. Un deuxième rétrécissement se trouvait près du cœcum au niveau du point de section.

Entre les rétrécissements, la muqueuse est tomenteuse et boursoufflée. Il semble qu'il y ait dans ce cas, comme dans celui de M. Walther *un processus ascendant d'oblitération*. J'ai observé depuis deux ans bon nombre de cas analogues chez des malades atteints de dyspepsie ou de colite muco-membraneuse.

OBSERVATION XV

(*In thèse Rastouil*)

La nommée S..., Augustine, vingt-et-un ans.

Antécédents héréditaires. — Un frère est atteint d'appendicite.

Antécédents personnels. — Grippe, il y a trois ans.

Histoire de la maladie. — C'est il y a cinq ans que, pour la première fois, la malade a ressenti des douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Ces douleurs ont toujours gardé les mêmes caractères; elles surviennent régulièrement une demi-heure environ après

le repas. Elles sont sourdes, s'accompagnent d'irradiations à prédominance péri-ombilicale. Elles s'associent fréquemment à une sensation nette de barre au creux épigastrique.

La malade a vu son appétit diminuer; elle a fréquemment des nausées, mais *jamais de vomissements*; elle est *habituellement constipée* et présente tous les symptômes de la colite muco-membraneuse.

L'état général n'est pas mauvais, mais la malade est pâle; elle a les yeux cernés; elle se plaint d'être toujours fatiguée et elle a parfaitement remarqué la fatigue au lever.

Examen le 17 janvier.

Le ventre n'est pas ballonné, le point de Mac Burney est très net. On sent un cordon dans la fosse iliaque droite. Ce cordon est sensible à la pression et la douleur ainsi réveillée persiste encore vingt minutes après chaque exploration.

Pas de température, pouls régulier.

Opération, le 26 janvier 1901. — L'incision permet d'arriver rapidement sur l'appendice. Celui-ci est coudé en son milieu par une bride qui, par ses deux extrémités, s'insère sur le cæcum. Des fausses membranes, de formation récente, recouvrent l'appendice dans son tiers supérieur et se prolongent sur le cæcum.

Appendicectomy.

Suites opératoires. — Le malade va bien.

Examen de l'appendice. — Une coupe macroscopique et dans le sens de la longueur permet de constater :

1° Le tiers inférieur de l'appendice est complètement oblitéré et fibreux;

2° Le tiers moyen est nettement en voie d'évolution fibreuse, la paroi est blanchâtre et dépourvue de muqueuse dans la plus grande partie de son étendue.

3° Le tiers cæcal ou tiers supérieur est tuméfié; la muqueuse est conservée et fait voir un piqueté hémorrhagique très marqué. Suites : normales; la malade revue depuis se maintient dans un excellent état.

CONCLUSIONS

1° La sclérose atrophique de l'appendice se rencontre tantôt dans l'appendicite chronique à rechutes, tantôt et plus souvent dans l'appendicite chronique d'emblée.

2° L'appendice se présente généralement à l'examen macroscopique sous l'aspect d'un cordon filiforme, blanchâtre, sclérosé, rectiligne ou coudé; parfois, son calibre est irrégulier, entre un ou plusieurs rétrécissements, existent alors des dilatations kystiques.

Le méso appendiculaire est souvent très gras et volumineux, contrastant avec l'atrophie de l'appendice.

Microscopiquement, ce sont les lésions histologiques de la sclérose que l'on observe : les follicules clos et les glandes en tube sont détruits et remplacés par du tissu conjonctif, vascularisé, ancien, cicatriciel; l'oblitération du canal appendiculaire est très commune; la muqueuse et la sous-muqueuse disparaissent et la musculature est dissociée par le tissu fibreux.

3° Comme toutes les autres formes d'appendicite, elle reconnaît pour cause unique : l'infection.

4° La symptomatologie de cette affection est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux très accentués, continus et par des troubles gastro-intestinaux dont les plus constants sont la constipation, l'inappétence et l'amaigrissement. Dans l'atrophie appendiculaire évoluant comme l'appendicite chronique d'emblée, on ne remarque pas de fièvre, ni de vomissements, symptômes cardinaux cependant de cette dernière affection.

5° Les douleurs et les troubles gastro-intestinaux, par la prédominance, le siège ou le groupement de quelques-uns d'entre eux, sont susceptibles de faire porter les diagnostics les plus différents et les plus erronés.

6° Le diagnostic de l'appendicite chronique forme atrophique étant posé, il faudrait théoriquement opérer le malade le plus tôt possible, car on ne doit pas compter sur la guérison spontanée.

Mais cette forme n'ayant pas de tendance à la perforation, et son diagnostic certain étant parfois absolument impossible à faire, il sera bon suivant le conseil de Walther, de soumettre le malade à un régime sévère, qui laissera reposer tous les organes qui peuvent être malades, et permettra aux lésions appendiculaires de bien se mettre en relief.

7° Si, malgré le traitement médical, les phénomènes douloureux et les troubles digestifs persistent, et si le diagnostic a été nettement posé, il ne faut pas hésiter à proposer l'intervention.

8° L'ablation de l'appendice fera disparaître les phénomènes douloureux appendiculaires et le plus

souvent aussi les troubles gastro-intestinaux qui les accompagnent; de plus, le malade ne sera plus exposé à des complications, dont on ne peut à l'avance mesurer la gravité, telles qu'une crise aiguë ou une localisation tuberculeuse.

Vu : le président de thèse,

SEGOND

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Barette* (de Caen). — Séance de la Soc. de chirurgie
1^{er} mars 1899.
- Beaussénat*. — Thèse de Paris 1897. Appendicites expérimentales. Pathogénie de l'appendicite.
- Bouilly*. — Semaine gynécologique, 12 oct. 1899.
- Brin*. — Appendicite chron. d'emblée. Gaz. des hôpit. 1909
6 et 13 mars.
- Broca*. — Appendicites chroniques à symptômes vagues. Bull.
de la Soc. de Pédiat., 1904, 176-187; — Soc. de chir.
1904; — Diagnostic précoce de l'appendicite chro-
nique chez l'enfant, Tribune méd., 29 mai 1906.
- Broca et Barbet*. — Les résultats éloignés de la résection de
l'appendice dans l'appendicite chronique. Presse
méd., 8 août 1908.
- Brun*. — Presse méd., mai 1897, — Soc. de chir., 44 fév. 1900.
- Brun et Veau*. — Art. appendicite, dans le Traité des maladies
de l'enfance (2^e édit.).
- Chase*. — A new test for the differential diagnosis of appendi-
citis, Journ. of the Amer. méd. Assoc., 22 fév. 1908.
- Comby*. — Soc. méd. des hôpit. 17 nov. 1903. L'appendicite
chronique chez les enfants. Bulletin méd. 10 juin 1908.
- Cotar*. — Appendicites larvées. Th. de Paris 1901.
- Delagénère*. — Appendicite et annexite. Congrès de chir.
1947. Congrès international de méd. 1900.
- Dieulafoy*. — Clin. de l'Hôtel Dieu, leçon 16.
- Enriquez*. — Maladies du tube digestif, dans le Traité de
médecine Enriquez, Bergé, etc., 1908.
- Ehrmann*. — Appendicite chronique et entéro-colite, Th.
Paris 1903.
- Ewald*. — De l'appendicite larvée. Lang. Arch. f. Klin. Chir.
1890.
- Faure (L.)*. — Presse médicale, 1906.
- Guinard*. — De l'appendicalgie, Soc. de chir. Janv. 1904. — Les
appendicites méconnues; Jour. des prat. 19 déc. 1908.
- Klemm*. — Ueber die chronische Form der Appendixer,
Krank, med. chir. Centralbl., Wien 1900.

- Lejars*. — Les points douloureux appendiculaires. Sem. méd.
11 mars 1908.
- Letulle et Weinberg*. — Appendicite oblitérante, Bull. Soc.
an., 1897. p. 747-750.
Les lésions histologiques de l'appendicite chronique.
Presse méd. 4 août 1897.
- Appendicites. Recherches histo-pathologiques. Archiv.
des Sciences méd., 1897, p. 360-511.
- Levrey*. — Du rôle des adhérences épiploïques dans les
appendicites. Th. de Paris 1899.
- G. Lyon*. — Entéro-colite muco-membraneuse.
- Marfan*. — Soc. de pédiat., 21 février 1905.
- Monod et Vanverts*. — L'appendicite.
- Montais*. — Appendicite chronique d'emblée. Th. de
Paris 1900.
- Pesquerel*. — L'appendicite chronique. Th. de Paris 1900.
- Pillet et Pasteau*. — Oblitération de l'appendice iléo-cæcal.
Bull. Soc. anat. 1898, p. 95.
- Picquet*. — Gazette des hôp. 1909.
- Potain*. — Académie de méd. Séance du 6 avril 1897.
- Rastouil*. — Appendicite chronique. Th. de Paris 1900.
- Reclus*. — Appendicite chronique d'emblée, Gaz. des Hôpit.,
1905, n° 119.
- Riou*. — De l'appendicite chronique. Symptômes et traite-
ment. Th. Paris 1908.
- Roger*. — Introduction à l'étude de la Médecine.
- Rovsing*. — Lentralbl. für chir., n° 43, page 1257.
- Rowan Ch. et H. C. Wells*. — Semaine médicale 1907.
- Schwartz*. — Congrès de méd. de Paris 1900. Section de chir.
générale; a. 693.
- Siredey*. — Soc. méd. des hôpit. nov. 1903.
- Soupault et Jouault*. — Soc. méd. des Hôpit., nov. 1903.
- Talamon*. — La colique appendiculaire et les formes non
chirurgicales de l'appendicite, Paris 1900.
- Terrier*. — De l'appendicite. Revue de Chir. 1900.
- Wagon*. — L'appendicite chronique d'emblée. Th. de
Paris, 1904-1905.
- Walther*. — Congrès de chir. oct. 1898. — Soc. de chir.,
mars 1899, fév. et mars 1900 et 1904.
- Weinberg*. — Anatomie pathologique et pathologie de l'ap-
pendicite.

PARIS

Imprimerie JOUVE et Cie, 15, Rue Racine.
